

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N° 236

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^{lle} Rose ZOLOTOREFF

Née à Prilouky (Russie), le 15 août 1883

LA NÉVRALGIE “ ZOSTER ”

(Les zonas sans éruption ou avec éruption minime)

Président : M. DÉJERINE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

236

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

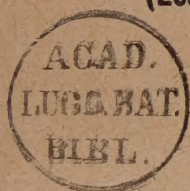
PAR

M^{lle} Rose ZOLOTOREFF

Née à Prilouky (Russie), le 15 août 1883

LA NÉVRALGIE “ ZOSTER ”

(Les zonas sans éruption ou avec éruption minime)



Président : M. DÉJERINE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHTER
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉJERINE

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur à la Clinique des Maladies du système nerveux
à la Salpêtrière.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCA

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CLAISSE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIROLOIX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAYGRIER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNAIRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNIN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TUFFIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR TINEL

*Qui nous a inspiré le sujet de
notre thèse et a bien voulu
nous guider dans notre tra-
vail.*

LA NÉVRALGIE “ ZOSTER ”

Il nous faut d'abord justifier et expliquer notre titre.

Nous voudrions étudier, sous ce nom, les manifestations purement douloureuses et névralgiques du zona, avec éruption très discrète ou même parfois sans aucune éruption.

Cette conception du « zona sans éruption » n'est pas nouvelle, et le terme a été proposé, croyons-nous, par M. Sicard, mais il prête certainement à quelques ambiguïtés. Il est certain que l'on désigne souvent par le nom de zona un mode d'éruption cutanée à caractères spéciaux et à distribution topographique nerveuse ; c'est le zona symptôme, le zona synonyme d'éruption cutanée à éléments cutanés vésiculeux ou bulleux. Dans ces conditions, il peut paraître étrange de parler de « zona sans éruption » ; l'expression paraît contradictoire et l'on est tenté de faire immédiatement l'objection courante : « S'il n'y a pas d'éruption, il n'y a pas de zona. » Tout ceci est vrai, si le mot zona désigne le symptôme, il cesse de l'être si l'on considère le zona comme une affection autonome, ayant son individualité particulière, étiologique, clinique et anatomique ; c'est le « zona maladie » et rien n'est

plus facile à admettre que des différences très importantes dans ses modes d'expression clinique ; il peut alors exister des « zonas sans éruption » Nous avons cependant renoncé à ce terme, qui de l'avis même de son auteur, prête à certaines critiques ; il est trop difficile maintenant de faire passer dans la pratique courante la distinction nécessaire entre le zona symptôme et la maladie ; il vaut mieux, par conséquent, conserver le mot de zona pour le symptôme éruptif et chercher un autre mot pour la maladie.

Il y a longtemps que l'on a proposé le nom de « zoster » ; le professeur Landouzy (1) a baptisé l'affection épidémique, contagieuse et immunisante, qu'il décrivait en même temps qu'Erb (1883), sous le nom de « fièvre zoster » ; on emploie couramment en Angleterre et en Allemagne le nom d'« herpès zoster » pour désigner l'éruption du zona.

On peut donc proposer le terme de « névralgie zoster » pour désigner les formes douloureuses de cette affection qui, rattachables à la « fièvre zoster », ne s'accompagnent pourtant pas de l'éruption classique, de l'« herpès zoster » ou zona.

Ces précisions terminologiques nous paraissaient nécessaires. Il faut ajouter, du reste, qu'il ne s'agit là que de conventions ; le mot « zona » comme le mot « zoster » signifient tous deux, en grec, ceinture,

1. Landouzy, *Semaine médicale*, 1883, p. 245.

plaque ; leur étymologie n'a rien à voir avec la signification que l'usage leur a donnée.

L'idée directrice de ce travail nous a été fournie par M. le D^r Tinel, chef de clinique adjoint dans le service du professeur Landouzy, à l'occasion d'un malade qui présentait des symptômes de sciatique extrêmement douloureuse, accompagnés d'une éruption de zona réduite au minimum. Ce cas semblait être une transition naturelle entre les faits rapportés comme zona sans éruption, et les zonas classiques, montrant d'une part la possibilité de ces douleurs sans éléments éruptifs, mais d'autre part affirmant, par l'existence de quelques vésicules aberrantes, la nature ganglionnaire et l'origine zostérienne de cette névralgie.



CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE CLINIQUE

OBSERVATIONS

L'importance des douleurs névralgiques au cours du zona a été mise en relief pour la première fois par Rayet (1), en 1835 ; jusque-là, c'est au seul processus éruptif que s'étaient limitées les études. Cependant, ces douleurs avaient déjà été vaguement signalées par Mehlis en 1818.

Les observations de Romberg, de Hensinger, de Hébra, vinrent confirmer la notion nouvelle de Rayet, et Parrot, en 1856, déclarait même que le zona était toujours une manifestation secondaire à l'existence d'une névralgie.

Il était évident, en effet, que chez les adultes et les vieillards surtout, plus rarement chez les enfants, le zona s'accompagnait souvent de phénomènes douloureux, de névralgie, débutant deux ou trois jours avant l'éruption, coexistant avec elle et survivant même parfois à sa disparition, au point de constituer

1. Rayet, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*.

parfois de véritables *formes névralgiques*, très douloureuses, de l'éruption zostérienne.

Dans quelques cas même, les phénomènes douloureux l'emportaient sur les signes éruptifs. Bærensprung (2) signalait certains cas où la névralgie persistait pendant quinze jours avant l'apparition d'une éruption discrète. Dans d'autres cas, il remarquait que la douleur s'étendait bien au delà du territoire nerveux de l'éruption, sur le domaine des nerfs voisins.

Jarisch avait également décrit quelques cas de zonas intercostaux incomplets, caractérisés par un simple groupe de vésicules, siégeant près du rachis, au niveau de la première branche perforante, et accompagnés cependant d'une bande d'hyperesthésie s'étendant sur tout le territoire du nerf observé.

Enfin, Mackenzie avait même signalé quelques cas de zona sans érythème. La notion du zona névralgique avait peu à peu permis de constituer la notion de la névralgie zostérienne sans zona. Les travaux plus modernes ont insisté davantage sur cette notion ; Abadie (1902), Raliou insistaient déjà sur les névralgies persistantes observées à la suite d'éruptions minimales. Le professeur Brissaud montrait (1902) que la réparation des groupes vésiculaires n'est souvent que bien peu de chose « par rapport à l'étendue de la névralgie ».

En 1903, M. le Dr Sicard apporta à cette question

2. Bærensprung, *Charité Annalen*, Bd. IX, X et XI.

quelques nouveaux éléments, dans une communication à la *Société médicale des Hôpitaux* :

J'ai observé, disait-il (1), au cours d'une épidémie de zona dans le service de M. Brissaud, il y a deux ans, épidémie qui a servi de point de départ à nos recherches en commun sur la lymphocytose, 2 cas de névralgie intercostale unilatérale chez deux alités (un tuberculeux et un convalescent de dothiénenterie, non hystériques) voisins de malades zostériens.

Ces névralgies ont duré, assez marquées et bien localisées à quelques branches de nerfs intercostaux, six à huit jours.

Je viens encore, pendant le mois d'août, d'étudier une névralgie intercostale chez un jeune homme, voisinant intimement (même appartement) avec un de ses parents atteints de zona. Névralgie intercostale chez l'un, zona chez l'autre, ont évolué presque parallèlement. La ponction lombaire proposée à titre thérapeutique n'a été faite que chez le névralgique simple ; il existait une lymphocytose d'intensité moyenne, certainement supérieure à la normale (6 à 8 éléments par champ de microscope).

Je connais, d'autre part, 2 malades soignés depuis deux ans, qui, irrégulièrement, ont au niveau des organes génitaux, tantôt des poussées douloureusement éruptives d'herpès, tantôt une névralgie simple avec hyperesthésie souvent exquise de la région. L'hyperesthésie évolue, débute et disparaît en trois ou quatre jours, sans être accompagnée d'aucune vésicule d'herpès.

1. Sicard, *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1903, p. 1067.

Quelques années après, M. Widal (1) relatait dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* (1907, p. 12, art. 21, 450) un fait clinique absolument analogue.

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, qui a été pris de vives douleurs du côté gauche du thorax, avec un peu de fièvre, de l'inappétence, de la céphalée, mais sans qu'on puisse rien constater localement sur la région douloureuse, ni dans le poumon, où malgré les recherches on ne trouvait rien de suspect. Cette douleur, très vive spontanément, siégeait entre le cinquième et les huitième et neuvième espaces intercostaux, et s'exagérait par la toux ou la pression. Mais on constatait de plus, dans la même région, toute une zone d'hyperesthésie ; dans cette zone le contact et la chaleur étaient très mal appréciés par le malade. Cette névralgie très vive coïncidait avec l'hypo-esthésie, et avait donc tous les caractères que l'on trouve dans les douleurs du zona ; car, ainsi que Rendu l'a démontré le premier, ce trouble en apparence paradoxal, de la sensibilité, se rencontre fréquemment dans cette affection. C'est là un caractère bien important à relever ici, et auquel il faut ajouter la dilatation de la pupille gauche, symptôme qui a été signalé aussi dans le zona par M. Griffon. En présence de ces symptômes, on pouvait donc penser à un zona fruste, mais cette hypothèse fut confirmée par la ponction lombaire, qui permit de constater dans le liquide céphalo-rachidien une lymphocytose typique de moyenne intensité. On pouvait donc s'attendre

1. Widal, *Journ. de Méd. et de Chir pratiques*, t. LXXVIII.

à voir survenir une éruption zostérienne, car celle-ci ne se produit souvent que longtemps après l'invasion de la douleur. Mais la peau resta indemne, et le malade ne tarda pas à quitter le service complètement guéri.

Tout récemment, M. Jean Minet (1), chef de clinique à l'Université de Lille, a rapporté dans la *Province médicale* (n° 8, 1909) un fait à peu près semblable.

Il s'agit d'une infirmière de vingt-deux ans, qui après quelques douleurs vagues dans l'épaule droite et sur le trajet des nerfs intercostaux, commença à souffrir dans le membre inférieur droit, au point que les mouvements d'extension devinrent extrêmement pénibles. Le membre restait en demi-flexion et la douleur siégeait sur tout le trajet du sciatique.

Il n'y avait pas de troubles vaso-moteurs, ni d'éruption; il existait seulement un léger mouvement fébrile.

Le membre fut enveloppé dans l'ouate; on donna un peu d'antipyrine et une ponction lombaire fut pratiquée. On constata que le liquide renfermait une grande quantité de lymphocytes ou de mononucléaires, mais pas de polynucléaires, ni d'hématies, ni de formes microbiennes. Cette ponction soulagea la malade, qui bientôt sortait de l'hôpital complètement guérie.

Il faut noter qu'il y avait eu trois zones, presque

1. J. Minet, *Province médicale*, 1909, n° 8.

simultanément, dans le service où travaillait cette malade.

Rien encore dans ce cas ne manquait des caractères du zona, si ce n'est l'éruption ; on retrouvait les douleurs, l'hyperesthésie cutanée, l'évolution de la fièvre en quatre ou cinq jours, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, la disparition complète en une dizaine de jours, et même enfin la notion de contagion. Il s'agit manifestement d'une fièvre zoster, avec névralgie zoster, mais sans éruption.

On peut aussi rapprocher de ces cas le fait rapporté par M. Nathan-Larrier (1), dans les Conférences du mercredi de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (1906). Dans ce cas, un zona lombo-abdominal donnait lieu à un syndrome névralgique qui avait été pris pour une colique néphrétique lorsque la découverte de quelques rares vésicules vint en démontrer la nature zostérienne.

Enfin, le malade dont nous avons pris l'observation à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le professeur Landouzy et sous la direction de M. le Dr Tinel, offre encore un exemple démonstratif de névralgie zoster.

1. Nathan-Larrier, Conférences du mercredi de l'Hôtel-Dieu, 1906.

OBSERVATION

Clément H..., marchand forain, âgé de trente-six ans, entre le 29 décembre à l'hôpital Laënnec, salle n° 3.

Antécédents. — Le père est mort à cinquante-six ans d'une maladie de foie.

La mère est morte à soixante-deux ans.

Le malade a eu la rougeole étant enfant ; une bronchite il y a dix ans suivie de récidives assez fréquentes.

Il y a sept ans il a eu une sorte de lymphangite du membre inférieur gauche, qui était rouge, enflé et douloureux.

Histoire de la maladie. — Le malade entre à l'hôpital à cause de douleurs violentes du membre inférieur gauche, rendant la marche presque impossible. Cette douleur est exagérée par les mouvements ; elle est permanente ; le malade la compare à une sorte de brûlure profonde ; il y a quelques accalmies, mais jamais de crises très aiguës paroxystiques.

Elle est surtout localisée à la partie interne de la cuisse et de la jambe gauche. Il ne souffre pas à droite.

Il y a huit jours que cette douleur a commencé ; elle était assez sourde au début puis est devenue très vive en deux ou trois jours.

Il a eu depuis le début un peu de fièvre, mais celle-ci est tout à fait disparue au moment de son entrée à l'hôpital.

Il n'a pas eu de céphalée, mais quelques troubles gastro-intestinaux, de l'anorexie, la langue blanche.

La toux et l'éternuement ne déterminent aucune irradiation douloureuse dans le membre inférieur.

C'est en somme l'histoire d'une sciatique aiguë.

Examen. — On trouve en effet des symptômes de sciatique assez intense. La jambe est en demi-flexion, et le malade dit qu'il souffre plus quand il a la jambe étendue.

On constate une douleur assez vive à la pression des masses musculaires et des troncs nerveux ; en particulier à la face interne du membre, sur le tronc du sciatique et sur sa branche de division interne (sciatique poplitée interne).

Il existe également de la douleur provoquée par la pression du crural et même du fémoro-cutané.

On constate, sur la face interne et postérieure du membre, une bande d'hyperesthésie cutanée manifeste, également accusée pour le tact, la douleur et la température.

La manœuvre de Lasègue provoque une douleur très violente.

Les réflexes rotulien et achilléen sont nettement exagérés du côté gauche.

En somme, on retrouve tous les signes d'une névralgie sciatique aiguë, du côté gauche.

Aucun de ces symptômes n'existe du côté droit.

La toux et l'éternuement ne provoquent aucune douleur irradiée dans les troncs nerveux.

Mais à côté de ces symptômes de sciatique, on trouve à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche un petit groupe d'une dizaine de vésicules *de zona*.

Ces vésicules, auxquelles le malade n'a pas fait grande attention, sont apparues il y a trois ou quatre jours, c'est-à-dire quelques jours après le début de la douleur.

Évolution. — L'état reste sensiblement stationnaire. Cependant les douleurs se sont étendues. Trois jours après l'entrée à l'hôpital, les douleurs sont devenues également plus vives sur la face externe du membre ; le sciatique poplité externe et le crural sont très douloureux à la pression.

L'hyperesthésie est maintenant généralisée à tout le membre, aussi bien sur la face externe et sur la face antérieure que sur les faces postérieure et externe. Elle remonte sur la partie inférieure du tronc en s'arrêtant sur une ligne horizontale qui passe par la crête iliaque, et recouvre par conséquent une partie de la fosse iliaque en avant, et la partie supérieure de la fesse en arrière.

Le signe de Lasègue est encore beaucoup plus intense.

Il n'existe aucune diminution de la sensibilité objective ; au contraire l'hyperesthésie porte sur tous les modes.

Il est apparu quelques nouvelles vésicules : deux petites vésicules aberrantes sur la face interne du genou gauche et sur la face interne de la jambe au-dessus de la malléole ; un petit groupe de trois vésicules est apparu à la partie inférieure et médiane du sacrum.

Une ponction lombaire est pratiquée et montre l'existence d'une lymphocytose d'intensité modérée.

6 janvier. — Les symptômes douloureux persistent, mais les vésicules du zona sont flétries.

A partir de ce jour, l'état du malade s'améliore ; les douleurs deviennent moins vives ; il recommence à marcher.

Il sort de l'hôpital le 15 janvier, souffrant encore un peu ; l'hyperesthésie persiste sur la face interne ; les troncs nerveux sont toujours douloureux à la pression, aux points de Valleix ; le signe de Lasègue persiste.

Il y a une exagération manifeste du réflexe rotulien.

Au niveau de la plaque de zona obturateur, il existe peut-être une légère diminution de la sensibilité tactile ; le malade ne reconnaît pas très bien les excitations tactiles, bien qu'elles déterminent une sensation légèrement douloureuse.

Le malade revient à l'hôpital le 3 février ; on l'examine de nouveau ; le signe de Lasègue persiste ; les points de Valleix sont toujours douloureux ; il y a toujours un peu d'hyperesthésie sur la face interne.

En somme, s'il n'existait toujours les petites cicatrices des quelques vésicules de zona, on aurait le tableau classique d'une sciatique chronique.

En résumé, on retrouve dans cette observation tous les symptômes d'une sciatique, aiguë d'abord, chronique ensuite, avec signe de Lasègue, points de Valleix, douleurs à la pression des troncs nerveux et des masses musculaires, avec extension du processus douloureux aux domaines du crural, de l'obturateur et même du fémoro-cutané.

L'existence d'une bande radiculaire d'hyperesthésie aurait pu faire penser à une sciatique par radiculite ; mais il faut noter à ce sujet l'absence absolue de douleurs irradiées provoquées par la toux et l'éternuement.

Le territoire douloureux comprenait, en somme, à la fois les deuxième, troisième et quatrième racines lombaires (nerfs obturateur et crural), et les cinquième lombaire, première, deuxième et troisième sacrées (nerf sciatique).

Quant aux vésicules, le groupe le plus important siégeait sur le territoire de la troisième lombaire ; les vésicules aberrantes de la jambe se trouvaient sur la quatrième lombaire, enfin le groupe postérieur sur le sacrum correspondait à la troisième sacrée.

Il y a donc une disproportion manifeste non seulement entre l'intensité du processus éruptif et du processus douloureux, mais encore entre le nombre des ganglions à territoire douloureux, et le nombre des manifestations éruptives.

Il est évident qu'un certain nombre des ganglions atteints par l'irritation zostérienne n'avaient réagi que par de la douleur, sans manifester leur altération par les troubles trophiques cutanés de l'herpès zoster.

C'est l'existence même de la névralgie zostérienne qui est ainsi démontrée, aussi bien en dehors de toute éruption de zona qu'avec des manifestations éruptives réduites au minimum.

Un tel cas est l'intermédiaire entre les zones francs et les névralgies zoster sans éruption ; il démontre à la fois la possibilité et la nature de cette névralgie.

On peut donc admettre aussi, qu'à côté des névralgies tronculaires par lésions des nerfs périphériques et par névrite, à côté des névralgies radiculaires par radiculo-méningite, il existe des névralgies ganglionnaires, formes frustes ou abortives de la fièvre zoster.



CHAPITRE II

INTERPRÉTATION DES FAITS

RAPPORTS DE LA NÉVRALGIE ZOSTER ET DU ZONA

Les exemples de faits semblables à ceux que nous étudions ici semblent assez rares dans la littérature médicale.

Nous n'en avons, en effet, rencontré que les observations rapportées au chapitre précédent. Ce n'est pas qu'ils soient rares ; il est au contraire probable qu'ils sont fréquents, mais c'est que l'attention des observateurs a été très peu attirée de ce côté.

Nous avons interprété ces cas comme des manifestations frustes de zona ou plutôt de fièvre zoster. Il faut maintenant préciser cette conception, montrer les arguments qui plaident en faveur d'une parenté étroite avec le zona, exposer les probabilités en faveur d'une lésion ganglionnaire, enfin distinguer cette névralgie zostérienne d'origine ganglionnaire de nature spécifique, d'avec les autres douleurs d'origine radiculaire ou névritique.

Il est certain que tout ceci est fondé uniquement sur des arguments d'analogie et de probabilité ; il

n'existe en effet ni démonstration expérimentale, ni constatation anatomique directe, qui permette d'affirmer cette hypothèse. D'autre part, on sait que la nature bactériologique du zona est encore inconnue, que ses rapports mêmes avec les méningites et les radiculites sont assez mal élucidés, et que jusqu'à présent aucune reproduction expérimentale n'en a pu être réalisée.

I

La première objection qui se présente à l'esprit est celle-ci : « Les névralgies que nous étudions se distinguent, en effet, par leur distribution radiculaire et par l'existence fréquente, sinon constante, d'une réaction méningée ; ce sont donc, en somme, des *radiculites*, radiculites simples dans les cas de névralgies sans éléments éruptifs, radiculites avec éruptions zostérisiformes, dans les cas où surviennent quelques éléments de zona. »

Cette objection semble d'autant plus forte, que certains cas de zona ou plutôt d'éruptions zostérisiformes sont manifestement en rapport avec un processus méningé et radiculaire primitif. Ici, c'est la théorie même du zona qui est en cause, c'est elle qu'il nous faut exposer. C'est par analogie avec le zona que nous tenterons de résoudre le problème.

Nous devons rappeler, en effet, que, depuis les travaux du professeur Landouzy (1882), d'Erb, de

Bærensprung, il faut admettre deux catégories de faits très distincts.

Il existe, d'une part, le zona vrai, fièvre zoster, maladie comparable aux fièvres éruptives, probablement spécifique, contagieuse, saisonnière et quelquefois épidémique ; son évolution est cyclique avec poussée fébrile au début, malaise général, état saburral des voies digestives, apparition de la névralgie, puis de l'éruption sur un territoire nerveux ; il confère habituellement l'immunité, et les récidives en sont des plus rares. C'est le zona maladie.

Bien que de nombreuses autopsies aient démontré la localisation primitive et essentielle du processus infectieux aux ganglions rachidiens — nous reviendrons du reste sur ce point — il existe cependant, dans un certain nombre de cas, une réaction méningée. Elle a été démontrée en particulier par Brisaud et Sicard, par Dopter (1), par Achard et Laubry (2), Widal et Le Sourd (3), Chauffard et Froin (4).

Il s'agit donc bien d'une méningite, mais cette méningite est secondaire au zona. Elle est inconstante et sur 17 cas, en effet, Achard et Laubry l'ont trouvée absente 8 fois ; elle semble n'exister que grâce à la communication existant normalement

1. Dopter, Soc. méd. des Hôp., juillet 1901.

2. Achard et Laubry, Soc. méd. des Hôp., juillet 1901.

3. Widal et Le Sourd, Soc. méd. des Hôp., juillet 1901.

4. Chauffard et Froin, Soc. méd. des Hôp., novembre 1902.

entre les enveloppes conjonctives du ganglion et les espaces méningés ; cette communication se fait par l'intermédiaire de la gaine radiculaire, ainsi que l'ont démontré Sicard et Cestan, pour les ganglions rachidiens, Lamy, puis Sicard et Foix pour le ganglion de Gasser. C'est en somme une méningite propagée, passant du ganglion aux méninges, et si elle est beaucoup plus rare dans les zones intercostaux que dans les zones lombaires, brachiaux ou trijumeaux, c'est justement parce que les ganglions dorsaux sont plus souvent isolés de la cavité méningée que les ganglions lombo-sacrés, cervicaux, ou que le ganglion de Gasser.

Enfin, cette méningite est évidemment secondaire, car dans certains cas elle n'existe pas au début du zona et n'apparaît que tardivement ; le cas de Chauffard est à cet égard particulièrement démonstratif, où la réaction méningée ne survint que le cinquième ou sixième jour après l'apparition d'un zona ophtalmique.

C'est une méningite inconstante, une méningite propagée et sous la dépendance de connexions anatomiques ; c'est une méningite secondaire et quelquefois tardive ; il n'en faut pas plus pour être en droit de la considérer comme un épiphénomène sans importance, et pour ne la considérer que comme une conséquence accidentelle de l'inflammation ganglionnaire.

D'autre part, il existe des éruptions zostériformes, mais qui, manifestement, sont secondaires à des

irritations nerveuses et particulièrement à des réactions méningées. Ce sont ces éruptions zostériformes, secondaires, qui évoluent sans fièvre, sans coïncidence saisonnière, sans notion épidémique ; ce sont elles qui récidivent.

Elles se rencontrent chez les pottiques qui irritent leurs ganglions par la compression ou l'envahissement d'un abcès froid ; on n'en peut donner meilleur exemple que le fait rapporté par Landouzy de cinq récides de zona chez une malade qui fut découverte pottique. Elles se rencontrent chez les tuberculeux (Conor) (1) et les syphilitiques ; elles surviennent au cours des maladies générales comme la pneumonie ou l'érysipèle, et sont vraisemblablement dues à la localisation, dans le ganglion, du germe infectieux pénétrant soit par voie sanguine, soit plus probablement, comme nous le verrons tout à l'heure, par voie méningée radiculaire.

Elles sont, en effet, fréquentes dans les états méningés ; on les rencontre au cours de la méningite ourlienne (Sicard, Dopter, Roger et Margarot), on les voit survenir dans la méningite cérébro-spinale (Evans, Achard).

On les rencontre aussi particulièrement fréquentes chez les tabétiques, où elles sont liées, sans doute, aux lésions radiculaires et à leur propagation ganglionnaire. Ce qui se passe, en effet, dans tous ces

1. Conor, *Gaz. des Hôp.*, n° 54, 10 mai 1906.

cas de zona symptôme ou d'éruption zostériforme, est manifestement l'inverse du processus observé dans le zona maladie. C'est la méningite qui est primitive ; c'est la localisation ganglionnaire qui est secondaire.

Il est probable qu'elle se fait par voie descendante, radiculaire. On a bien montré, en effet (Nageotte, Sicard, Tinel), que la gaine fournie par les méninges aux racines rachidiennes, s'étend assez souvent jusqu'au ganglion, et qu'elle constitue en somme une voie efférente pour le liquide céphalo-rachidien, qui vient ainsi baigner le pôle supérieur du ganglion.

Cette gaine se prolonge même, en contournant le ganglion ou en le traversant par de véritables fentes lymphatiques, aboutissant aux espaces conjonctifs qui entourent les nerfs périphériques (Tinel) (1).

Il semble également démontré que tous les éléments figurés en suspension dans le liquide céphalo-rachidien sont lentement charriés vers ces gaines radiculaires et les voies lymphatiques efférentes qui leur font suite. On comprend facilement ainsi que les microbes en circulation dans les espaces ménin-gés puissent être ainsi apportés jusque dans les gaines méningées, où leur greffe détermine des lésions de radiculite, et jusque dans le tissu même des ganglions. On trouve en effet assez souvent, dans les autopsies de méningite tuberculeuse par exemple,

1. Tinel, *Radiculites et tabes*. Thèse de Paris, 1910.

de petits nodules tuberculeux greffés en plein tissu ganglionnaire (Tinel).

C'est vraisemblablement une ébauche de ce qui semble se produire, dans les cas où la propagation au ganglion d'une infection ou irritation méningée, détermine une poussée d'éruption zostériforme. Ce sont maintenant des méningites ou des radiculites avec zona ; ce ne sont plus, comme tout à l'heure, des zonas avec propagation de l'irritation aux méninges voisines et lymphocytose secondaire.

Si maintenant nous appliquons à la névralgie ce que nous venons de dire au sujet de l'éruption, nous y trouverons une analogie complète. Ce que nous entendons par névralgie zoster, ce n'est donc pas une radiculite quelconque propagée secondairement à un ganglion et s'accompagnant d'une éruption plus ou moins discrète d'éléments bulleux ; ces cas existent manifestement, mais ce sont des méningites ou *méningo-radiculites avec éruption zostériforme* ; dans ces cas, en effet, on retrouve facilement les symptômes antérieurs de la méningite ou de la radiculite causale, céphalées violentes, raideur de la nuque, douleurs irradiées provoquées par la toux et par l'éternuement ; tous symptômes qui manquent au contraire complètement dans les cas que nous envisageons ici. Ce que nous voulons désigner sous le nom de *névralgie zoster*, ce sont, tout au contraire, des manifestations primitivement ganglionnaires, ce sont des névralgies survenant dans les mêmes conditions saisonnières, épidémiques, contagieuses

et immunisantes que l'herpès zoster ; évoluant comme lui d'une façon cyclique avec une poussée fébrile au début ; s'accompagnant comme lui de méningite légère, secondaire, à lymphocytes. *Névralgie zoster* et *herpès zoster* ne sont que deux manifestations différentes d'une même maladie spécifique, à affinités ganglionnaires : le zona maladie, la fièvre zoster de Landouzy.

Les rapports entre ces deux manifestations différentes sont démontrés dans les cas rapportés par MM. Sicard, Widal, Minet, par la notion d'épidémicité et par la coexistence d'autres cas de zona authentiques ; dans le cas de M. Nathan-Larrier, comme dans le cas que nous avons rapporté ici, par la coexistence, avec la névralgie, de petites vésicules aberrantes de zona. Ce sont des fièvres zoster avec névralgie et sans éruption.

II

Nous avons montré que les arguments étiologiques plaident en faveur de l'identité de la névralgie zoster et du zona ; nous avons surtout insisté sur les cas où la coexistence des deux processus indiquait plus étroitement encore leur parenté. Il est donc légitime de pousser l'identité jusqu'au bout, et d'admettre pour la névralgie les résultats fournis par l'étude étiologique et anatomo-pathologique du zona.

La lésion du zona doit donc, toutes proportions gardées, être celle de la névralgie zoster ; par conséquent c'est une inflammation du ganglion rachidien.

La première autopsie de zona, terminant les longues et belles recherches cliniques de Bærensprung (1863), mit en relief les lésions macroscopiques du ganglion rachidien. Confirmée par les autopsies de Charcot et Cotard (1), de Wagner, de Chandelux, de Lesser, la théorie ganglionnaire paraissait solidement établie, lorsque Pitres et Vaillard (2), Curschmann et Eisenlohr (3) décrivirent comme cause du zona des lésions de névrite périphérique, qui n'étaient en réalité que la conséquence de la destruction ganglionnaire, ainsi qu'on l'a démontré depuis.

Avec Brissaud et la théorie métamérique, avec les premières recherches de Head, s'ouvre une nouvelle phase où l'on invoque les lésions médullaires. Mais les nouvelles recherches de Head, le mémoire important qu'il publiait en 1900 avec Campbell (4), portant sur 21 autopsies, mettaient définitivement en lumière les lésions des ganglions rachidiens.

Les autopsies plus récentes de Déjerine et Thanas (5), de Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine, d'Ar-

1. Charcot et Cotard, *Soc. Biol.*, 1865.

2. Pitres et Vaillard, *Arch. de Neurologie*, t. V, p. 191.

3. Curschmann et Eisenlohr, *Deutsches Archf. klin. med.*, XXXIV, p. 409.

4. Head et Campbell, *Brain*, vol. XXIII, 1900, p. 353.

5. Déjerine et Thanas, *Revue neurologique*, 1906.

mand Delille et Camus (1), n'ont fait que confirmer ces résultats.

Les lésions consistent essentiellement en une infiltration interstitielle du ganglion rachidien, véritablement bourré de cellules rondes, se colorant d'une manière intense, qui infiltrent les espaces conjonctifs, envahissent les alvéoles des cellules nerveuses, et s'accompagnent assez souvent d'hémorragies interstitielles.

Les cellules nerveuses sont parfois complètement détruites; mais assez souvent on en peut retrouver quelques vestiges de masses pâles, informes, ne prenant plus les réactifs colorants, et n'étant plus en somme que des débris protoplasmiques.

Ces lésions sont strictement limitées au ganglion rachidien; quand elles le dépassent, c'est pour constituer simplement une légère infiltration inflammatoire des tissus voisins et des méninges voisines, ce qui explique la lymphocytose.

Mais, ce qui est plus intéressant pour nous, ce sont les cas de Head et Campbell où le territoire de l'éruption se limitait à une seule bande radiculaire alors que la névralgie paraissait sensiblement plus étendue. On pouvait constater sur les ganglions rachidiens voisins, sus et sous-jacents, des lésions beaucoup moins intenses et simplement irritatives.

Il est donc vraisemblable de considérer ces lésions d'irritation simple du ganglion, comme celles qui

1. Armand Delille et Camus, *Revue neurol.*, juillet 1899.

doivent exister dans les cas de névralgie zoster. Elles seraient ainsi la manifestation atténuée de la polio-myélite postérieure, selon l'expression de Head, qui semble la lésion essentielle du zona.

La question se complique singulièrement si nous nous demandons maintenant à quelle infection rattacher aussi bien ces cas de névralgie zoster que de zona proprement dit.

Nous avons vu que l'on tend de plus en plus à considérer le zona comme une affection distincte des éruptions zostériformes rencontrées chez les pottiques, les tabétiques, les tuberculeux ou au cours des divers processus méningés.

La conception de la fièvre zoster, maladie spécifique, épidémique, contagieuse et immunisante, est de plus en plus généralement admise. Les récidives de zona ne constituent pas un argument contre cette manière de voir ; on se rappelle la nature pottique démontrée par Landouzy de cinq zonas récidivantes chez un même sujet ; dans une étude minutieuse, Thibierge critique tous les cas connus de récidives, et les rattache manifestement à l'herpès névralgique récidivant.

D'autre part, les petites épidémies relatées par Trousseau, Kaposi, Erb, Walther, Head et Campbell, Ronzier, Joly, sont absolument démonstratives, et nous avons vu, en effet, que le plus souvent c'était la notion épidémique qui avait jusqu'ici permis d'assimiler au zona les cas de névralgie zoster observés.

issance de ces
oit être d'une
ies de zonas.
as frustes et
tant pour la
typhoïde, la
ie, à signaler
le épidémio-
s de germes.
Il a jusqu'ici
ensemence-
; pratiqués
u cours du
s notre cas
n microscop-
i au cobaye
également

ec un cer-
tout germe
t un argu-
ssible pour
tion.

e la névral-
ments ner-

veux et en particulier pour les ganglions rachidiens,
une affinité toute spéciale, comparable en somme
à celle de la poliomyélite épidémique, d'après les
travaux de Wichman, et plus encore à celle de la
rage dont on connaît la prédilection pour les cellules
ganglionnaires.

CONCLUSIONS

1° Au cours de petites épidémies de zona, on peut observer des cas frustes ou abortifs, caractérisés uniquement par une névralgie plus ou moins intense ;

2° Cette névralgie a tous les caractères d'un zona, sauf l'éruption ; en effet, elle s'accompagne au début d'un léger mouvement fébrile, quelquefois de céphalée et d'état saburral des voies digestives ; elle a une évolution cyclique d'une dizaine de jours, puis elle disparaît progressivement.

Elle s'accompagne très souvent d'une réaction méningée, avec lymphocytose modérée, absolument comparable à celle du zona.

Enfin elle siège sur un territoire nettement radiculaire.

Elle s'accompagne de douleur à la pression des troncs nerveux, d'hyperesthésie cutanée, tout au moins à la douleur, et présenterait en somme tous les caractères d'une névrite ou plutôt d'une radiculite (sauf le signe de la toux et de l'éternuement), si l'on n'avait noté la coexistence avec d'autres zonas et la façon frappante dont son évolution se superpose à la leur ;

3° A côté de ces faits décrits par Jarisch, par Sicard, par Widal, par Minet, il existe d'autres exemples qui leur forment une transition naturelle avec le zona caractéristique. Ce sont des cas où la

névralgie, même très intense, coïncide avec une éruption de zona extrêmement discrète.

Ces faits signalés déjà par Rærensprung, par Brissaud, par Nathan-Larrier démontrent, comme le cas que nous rapportons ici, l'identité des deux processus. Ils permettent d'affirmer que la cause du zona peut, dans certaines, ne se traduire que par des douleurs sans association de phénomènes éruptifs.

Il faut admettre, par conséquent, que ces névralgies correspondent, comme le zona, à l'inflammation des ganglions rachidiens, par un agent pathogène très probablement contagieux, épidémique et immunisant suivant la conception du professeur Landouzy.

La névralgie, qui est bien souvent le stade précurseur ou le reliquat de l'éruption, serait due ainsi à la simple irritation du ganglion rachidien, sans destruction de ses cellules nerveuses.

Pour éviter toute confusion dans les termes, il vaut mieux abandonner le terme de « zona sans éruption » sous lequel ces symptômes ont été décrits (Sicard).

On pourrait les désigner sous le nom de *névralgie zoster*, opposable à l'*éruption de zona* ou *herpès zoster*, et résultant tous deux de la *fièvre zoster*.

Vu par le Président de la thèse,

DEJERINE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris

